

0.a. Objetivo

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

0.b. Meta

Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

0.c. Indicador

Indicador 3.8.1: Cobertura de los servicios de salud esenciales

0.e. Actualización de metadatos

Última actualización: marzo de 2020

0.f. Indicadores relacionados

Indicadores relacionados en febrero de 2020

El índice de cobertura de servicios de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) está diseñado para resumir los indicadores existentes de la cobertura de los servicios de salud con el fin de garantizar la coherencia con los ODS y otras iniciativas mundiales y reducir la duplicación y la carga de información. Actualmente, el índice incluye otros dos indicadores de los ODS (3.a.1 y 3.d.1).

El indicador 3.8.1 debe interpretarse siempre junto con el otro indicador de ODS sobre la cobertura sanitaria universal, el 3.8.2, que mide la protección financiera.

0.g. Organizaciones internacionales responsables del seguimiento global

Información institucional

Organización (es):

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2.a. Definición y conceptos

Conceptos y definiciones

Definición:

Cobertura de los servicios sanitarios esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida).

El indicador es un índice reportado en una escala sin unidades de 0 a 100, que se calcula como la media geométrica de 14 indicadores trazadores de la cobertura de los servicios de salud.

Conceptos:

El índice de cobertura de servicios sanitarios se calcula como la media geométrica de 14 indicadores trazadores. Los 14 indicadores se enumeran a continuación y los metadatos detallados de cada uno de los componentes se ofrecen en línea

(http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Metadata.pdf) y en el anexo

1. Los indicadores de seguimiento son los siguientes, organizados por cuatro grandes categorías de cobertura de servicios:

I. Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

1. **Planificación familiar:** Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) casadas o unidas que satisfacen su necesidad de planificación familiar con métodos modernos.

2. **Atención al embarazo y al parto:** Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacimiento vivo en un período de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.

3. **Inmunización infantil:** Porcentaje de lactantes que recibieron tres dosis de la vacuna que contiene difteria-tétanos-tos ferina.

4. **Tratamiento infantil:** Porcentaje de niños menores de 5 años con sospecha de neumonía (tos y dificultad para respirar NO debidas a un problema en el pecho y a una nariz obstruida) en las dos semanas anteriores a la encuesta llevados a un centro o proveedor de salud apropiado.

II. Enfermedades infecciosas.

5. **Tuberculosis:** Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis detectados y tratados con éxito.

6. **VIH/SIDA:** Porcentaje de personas que viven con el VIH que reciben actualmente terapia antirretroviral.

7. **Malaria:** Porcentaje de la población en zonas donde la malaria es endémica que durmió bajo un mosquitero tratado con insecticida la noche anterior [sólo para países con alta carga de malaria].

8. **Agua y saneamiento:** Porcentaje de hogares que utilizan al menos instalaciones de saneamiento básicas.

III. Enfermedades No Transmisibles.

9. **Hipertensión:** Prevalencia estandarizada por edad de la presión arterial no elevada (presión arterial sistólica <140 mm Hg o presión arterial diastólica <90 mm Hg) entre los adultos de 18 años o más.

10. **Diabetes:** Media de glucosa plasmática en ayunas estandarizada por edad (mmol/L) para adultos de 18 años o más.

11. **Tabaco:** Prevalencia estandarizada por edad de adultos ≥ 15 años que no han fumado tabaco en los últimos 30 días (indicador 3.a.1 de los ODS, metadatos disponibles [aquí](#)).

IV. Capacidad de servicio y acceso.

12. **Acceso a hospitales:** Camas de hospital per cápita, en relación con un umbral máximo de 18 por cada 10.000 habitantes.

13. **Personal sanitario:** Profesionales de la salud (médicos, psiquiatras y cirujanos) per cápita, en relación con los umbrales máximos para cada cuadro (solapamiento parcial con el indicador 3.c.1 de los ODS, ver metadatos [aquí](#)).

14. **Seguridad sanitaria:** Índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que es el porcentaje medio de atributos de 13 capacidades básicas que se han alcanzado (indicador 3.d.1 de los ODS, véanse los metadatos [aquí](#)).

3.a. Fuentes de datos

Fuentes de datos

Descripción:

Muchos de los indicadores de seguimiento de la cobertura de los servicios sanitarios se miden mediante encuestas a hogares. Sin embargo, para algunos indicadores se utilizan datos administrativos, datos de los establecimientos, encuestas de los establecimientos y sistemas de monitoreo centinelas. Las fuentes de datos subyacentes para cada uno de los 14 indicadores trazadores se explican con más detalle en el Anexo 1.

En cuanto a los valores utilizados para calcular el índice, los valores se toman de fuentes publicadas existentes. Esto incluye conjuntos de datos ensamblados y estimaciones de varias agencias de la ONU. Esto se resume en el enlace anterior.

3.b. Método de recopilación de datos

Proceso de recolección:

Los mecanismos de recolección de datos de los países varían en función de los 14 indicadores trazadores; sin embargo, en muchos casos, un organismo de las Naciones Unidas o un grupo interinstitucional ha reunido y analizado las fuentes de datos nacionales pertinentes y, a continuación, ha llevado a cabo una consulta formal con los gobiernos de los países para revisar o producir estimaciones nacionales comparables. Para el índice de cobertura de servicios de la CSU, una vez que se ha cotejado esta información existente sobre los 14 indicadores de seguimiento, la OMS lleva a cabo una consulta por país con los puntos focales designados por los gobiernos nacionales para revisar las aportaciones y el cálculo del índice. La OMS no lleva a cabo nuevas actividades de estimación para producir valores de indicadores trazadores para el índice de cobertura de servicios; más bien, el índice está diseñado para hacer uso de series de datos de indicadores existentes y bien establecidos para reducir la carga de notificación.

3.c. Calendario de recopilación de datos

Calendario

Recopilación de datos:

La recopilación de datos varía de 1 a 5 años entre los indicadores de seguimiento. Por ejemplo, los datos de los países sobre inmunizaciones y tratamiento del VIH se comunican anualmente, mientras que las encuestas a hogares para recopilar información sobre el tratamiento de los niños pueden realizarse cada 3-5 años, dependiendo del país. En el Anexo 1 se pueden encontrar más detalles sobre los indicadores de seguimiento individuales.

3.d. Calendario de publicación de datos

Publicación de datos:

La primera publicación de los valores de referencia para el índice de cobertura de servicios de CSU tuvo lugar en diciembre de 2017. Está previsto que se publique una actualización en septiembre de 2019.

3.e. Proveedores de datos

Proveedores de datos

En la mayoría de los casos, los Ministerios de Salud y las Oficinas Nacionales de Estadística supervisan la recopilación de datos y la presentación de informes para los indicadores de cobertura de los servicios sanitarios.

3.f. Compiladores de datos

Compiladores de datos

La Organización Mundial de la Salud, a partir de las aportaciones de otros organismos internacionales.

4.a. Justificación

Justificación:

La meta 3.8 se define como “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios sanitarios esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos”. Se trata que todas las personas y comunidades reciban los servicios sanitarios de calidad que necesitan (incluidos los medicamentos y otros productos sanitarios), sin que tengan que pasar apuros económicos. Se han elegido dos indicadores para supervisar la meta 3.8 en el marco de los ODS. El indicador 3.8.1 se refiere a la cobertura de los servicios sanitarios y el indicador 3.8.2 se centra en los gastos sanitarios en relación con el presupuesto de un hogar para identificar las dificultades financieras causadas por los pagos directos de la atención sanitaria. En conjunto, los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 pretenden captar las dimensiones de cobertura de servicios y protección financiera, respectivamente, de la meta 3.8. Estos dos indicadores deberían ser siempre monitoreados conjuntamente.

Los países proporcionan muchos servicios esenciales para la protección, promoción, prevención, tratamiento y atención sanitaria. Los indicadores de cobertura de servicios, definidos como las personas que reciben el servicio que necesitan, son la mejor manera de seguir el progreso en la prestación de servicios en el marco de la cobertura sanitaria universal (CSU). Dado que un único indicador de servicios sanitarios no es suficiente para el seguimiento de la CSU, se construye un índice a partir de 14 indicadores de seguimiento seleccionados en base a criterios epidemiológicos y estadísticos. Esto incluye varios indicadores que ya están incluidos en otras metas de los ODS, minimizando así la carga de recopilación de datos y la presentación de informes. El índice se presenta en una escala sin unidades de 0 a 100, siendo 100 el valor óptimo.

4.b. Comentarios y limitaciones

Comentarios y limitaciones:

Estos indicadores trazadores pretenden ser indicativos de la cobertura de servicios, no una lista completa o exhaustiva de los servicios e intervenciones sanitarias que se requieren para la cobertura sanitaria universal. Los 14 indicadores trazadores se seleccionaron porque están bien establecidos, con datos disponibles ampliamente reportados por los países (o que se espera que estén ampliamente disponibles pronto). Por lo tanto, el índice puede calcularse con las fuentes de datos existentes y no requiere iniciar nuevos esfuerzos de recopilación de datos únicamente para informar el índice.

4.c. Método de cálculo

Metodología

Método de cálculo:

El índice se calcula con medias geométricas, basándose en los métodos utilizados para el Índice de Desarrollo Humano. El cálculo del indicador 3.8.1 requiere, en primer lugar, la preparación de los 14 indicadores trazadores para que puedan combinarse en el índice y, a continuación, el cálculo del índice a partir de esos valores.

Los 14 indicadores trazadores se colocan primero en la misma escala, siendo 0 el valor más bajo y 100 el valor óptimo. Para la mayoría de los indicadores, esta escala es la escala natural de medición, por ejemplo, el porcentaje de bebés que han sido vacunados va de 0 a 100 por ciento. Sin embargo, para unos pocos indicadores se requiere un reajuste adicional para obtener valores apropiados de 0 a 100, como se indica a continuación:

- Recalificación basada en un mínimo no nulo para obtener una resolución más fina (esto “estira” la distribución entre los países): la prevalencia de la presión arterial no elevada y la prevalencia del no consumo de tabaco se reescalan utilizando un valor mínimo del 50%.
 - Valor reescalado = $(X-50)/(100-50)*100$
- Escalado para una medida continua: la glucosa plasmática media en ayunas, que es una medida continua (unidades de mmol/L), se convierte a una escala de 0 a 100 utilizando el riesgo biológico mínimo teórico (5,1 mmol/L) y el máximo observado en todos los países (7,1 mmol/L).
 - Valor reescalado = $(7,1 - \text{valor original})/(7,1-5,1)*100$
- Los umbrales máximos para los indicadores de la tasa: la densidad de camas hospitalarias y la densidad de personal sanitario se limitan a los umbrales máximos, y los valores por encima de este umbral se mantienen constantes en 100. Estos umbrales se basan en los valores mínimos observados en los países de la OCDE.
 - camas hospitalarias reescaladas por cada 10.000 = mínimo (100, valor original / 18*100)
 - Médicos reescalados por cada 1.000 = mínimo (100, valor original / 0,9*100)
 - psiquiatras reescalados por cada 100.000 = mínimo (100, valor original / 1*100)
 - cirujanos reescalados por cada 100.000 = mínimo (100, valor original / 14*100)

Una vez que todos los valores de los indicadores trazadores están en una escala de 0 a 100, se calculan las medias geométricas dentro de cada una de las cuatro áreas de servicios de salud, y luego se toma una media geométrica de esos cuatro valores. Si el valor de un indicador trazador resulta ser cero, se fija en 1 (sobre 100) antes de calcular la media geométrica. El siguiente diagrama ilustra los cálculos.



Nótese que en los países con baja carga de paludismo, el indicador de seguimiento del uso de mosquiteros tratados con insecticida se elimina del cálculo.

4.f. Tratamiento de valores faltantes (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional

Tratamiento de valores faltantes:

- **A nivel de país:**

El punto de partida para calcular el índice es reunir la información existente para cada indicador de seguimiento. En muchos casos, esto implica el uso de series temporales de países que han sido producidas o cotejadas por organismos de las Naciones Unidas en consulta con los gobiernos de los países (por ejemplo, la cobertura de inmunización, el acceso al saneamiento, la cobertura del tratamiento del VIH, etc.). Algunas de estas series temporales publicadas implican la elaboración de modelos matemáticos para conciliar múltiples fuentes de datos o imputar los valores faltantes, y estos detalles se resumen en el Anexo 1.

Después de ensamblar estos datos, todavía hay valores faltantes en algunos países/años para algunos indicadores. El cálculo del índice de cobertura de servicios de salud universal requiere valores para cada

indicador de seguimiento de un país, por lo que es necesario realizar alguna imputación para cubrir estas brechas de datos. El enfoque actual consiste en un sencillo algoritmo de imputación. Para cada indicador:

- - Si un país tiene valores faltantes entre dos años con valores, se utiliza la interpolación lineal para rellenar los valores faltantes de los años intermedios
 - Si un país tiene años históricos con valores, pero ningún valor actual, se utiliza la extrapolación constante para rellenar los valores faltantes hasta el año actual
 - Si un país no tiene valores, se imputa un valor. En el caso de la búsqueda de atención por neumonía y la densidad de cirujanos, se ajusta una regresión para imputar los valores faltantes (véase el anexo 1 para más detalles). Para todos los demás indicadores, se calcula una mediana regional para imputar los valores faltantes. Las regiones se basan en las regiones geográficas del Banco Mundial, con una agrupación separada de los países tradicionales de ingresos altos^[1]

Debido al calendario y la distribución de las diversas encuestas de salud y otros mecanismos de recopilación de datos, los países no recopilan ni informan sobre los 14 indicadores de seguimiento de la cobertura de los servicios de salud con carácter anual. Además, el seguimiento a nivel de país se realiza más adecuadamente en intervalos de tiempo más amplios, por ejemplo, cada 5 años, para permitir la recopilación de nuevos datos en los indicadores. Por lo tanto, la medida en que se ha utilizado la imputación para completar la información faltante debe comunicarse junto con el valor del índice.

- ***A nivel regional y mundial:***

Cualquier imputación necesaria se realiza a nivel de país. Estos valores de los países pueden utilizarse para calcular los valores regionales y globales.

1 .

Alemania, Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Brunei Darussalam, Canadá, Chile, Chipre, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, República de Corea, Singapur, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos de América, Uruguay ¹.

4.g. Agregaciones regionales

Agregados regionales:

Los agregados regionales y mundiales se calculan utilizando los tamaños de la población nacional para calcular una media ponderada de los valores específicos de cada país para el índice. Esto se justifica por el hecho de que la CSU es una propiedad de los países, y el índice de servicios esenciales es una medida resumida del acceso a los servicios esenciales para la población de cada país.

5. Disponibilidad y desagregación de datos

Disponibilidad de los datos

Descripción:

Resumir la disponibilidad de datos para el índice de cobertura del servicio CSU no es sencillo, ya que se utilizan diferentes fuentes de datos en los 14 indicadores de seguimiento. Además, para muchos indicadores se han producido estimaciones comparables, en muchos casos recurriendo a diferentes tipos de fuentes de datos subyacentes para informar las estimaciones y al mismo tiempo utilizar proyecciones para imputar los valores faltantes. Sobre la base de las fuentes de datos subyacentes para cada uno de los indicadores de seguimiento (es decir, ignorando las estimaciones y proyecciones), la proporción promedio de indicadores utilizados para

calcular el índice con los datos subyacentes disponibles desde 2010 es de alrededor del 70% en todos los países del mundo.

Serie temporal:

A finales de 2017 se publicó un valor de referencia para el índice de cobertura de los servicios de CSU para 2015 en 183 países. Como parte de este proceso, se reunieron fuentes de datos que se remontan a 2000. En 2019, se prevé publicar una serie temporal de 2000 a 2017.

Desagregación:

La equidad es fundamental para la definición de la CSU y, por lo tanto, el índice de cobertura de los servicios de CSU debe utilizarse para comunicar información sobre las desigualdades en la cobertura de los servicios dentro de los países. Esto se puede hacer presentando el índice por separado para la población nacional frente a las poblaciones desfavorecidas para resaltar las diferencias entre ellas.

Para los países, la ubicación geográfica es probablemente la dimensión más factible para la desagregación sub-nacional basada en los niveles medios de cobertura medidos con las fuentes de datos existentes. Para ello, el índice de CSU puede calcularse por separado, por ejemplo, por la provincia o la residencia urbana frente a la rural, lo que permitiría realizar comparaciones sub-nacionales de la cobertura de los servicios. En la actualidad, los datos más fácilmente disponibles para desagregar otras dimensiones de la desigualdad, como la riqueza de los hogares, se refieren a los indicadores de cobertura dentro de la categoría de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. La desigualdad observada en esta dimensión se puede utilizar como un proxy para comprender las diferencias en la cobertura de servicios entre las dimensiones clave de desigualdad. Este enfoque debería sustituirse por la desagregación completa de los 14 indicadores de trazado una vez que se disponga de datos para hacerlo.

6. Comparabilidad/desviación de las normas internacionales

Fuentes de discrepancias:

El índice de cobertura de servicios se basa en datos y estimaciones existentes y disponibles públicamente para los indicadores de seguimiento. Estas cifras ya han pasado por un proceso de consulta con el país (por ejemplo, para la cobertura de inmunización), o se toman directamente de los datos notificados por el país.

7. Referencias y documentación

Referencias

URL:

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/.

Referencias:

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/.

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(17\)30472-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30472-2.pdf)

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/.

Para la evolución histórica de los métodos, véase:.

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_WHS2016_TechnicalNote_May2016.pdf?ua=1
(sustituido por este documento).

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/.

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2014/en/.

<http://collections.plos.org/uhc2014>.

Anexo 1: Metadatos de los indicadores trazadores utilizados para medir la cobertura de los servicios sanitarios esenciales para el seguimiento del indicador 3.8.1 de los ODS.

Por favor, envíe cualquier comentario o consulta a: uhc_stats@who.int.

Área del trazador.	Planificación familiar.
Definición del indicador.	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) casadas o en unión libre que tienen su necesidad de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.
Numerador.	Número de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que utilizan métodos modernos.
Denominador.	Número total de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que necesitan planificación familiar.
Principales fuentes de datos.	Encuestas de salud basadas en la población.
Método de medición.	<p>Las encuestas de hogares incluyen una serie de preguntas para medir la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos y la demanda de planificación familiar. La demanda total de planificación familiar se define como la suma del número de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) que están casadas o en pareja y que actualmente utilizan, o cuya pareja sexual utiliza actualmente, al menos un método anticonceptivo, y la necesidad insatisfecha de planificación familiar. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es la proporción de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) casadas o en una unión consensuada, que son fecundas y sexualmente activas pero que no utilizan ningún método anticonceptivo (moderno o tradicional), y que declaran no querer tener más hijos o querer retrasar el nacimiento de su siguiente hijo durante al menos dos años. Se incluyen:</p> <p>todas las mujeres embarazadas (casadas o en una unión consensuada) cuyos embarazos fueron no deseados o inoportunos en el momento de la concepción;</p>

	<p>todas las mujeres amenorreicas posparto (casadas o en unión consensuada) que no utilizan planificación familiar y cuyo último parto fue no deseado o inoportuno;</p> <p>Todas las mujeres fecundas (casadas o en unión consensuada) que no están embarazadas ni son amenorreicas posparto, y que o bien no quieren tener más hijos (quieren limitar el tamaño de la familia), o bien desean posponer el nacimiento de un hijo durante al menos dos años o no saben cuándo o si quieren tener otro hijo (quieren espaciar los nacimientos), pero no están utilizando ningún método anticonceptivo.</p> <p>Los métodos modernos incluyen la esterilización femenina y masculina, el dispositivo intrauterino (DIU), el implante, los inyectables, las píldoras anticonceptivas orales, los preservativos masculinos y femeninos, los métodos vaginales de barrera (incluidos el diafragma, el capuchón cervical y la espuma, la jalea, la crema y la esponja espermicida), el método de amenorrea de la lactancia (LAM, por su sigla en inglés), la anticoncepción de emergencia y otros métodos modernos no informados por separado.</p>
Método de estimación	<p>La División de Población de las Naciones Unidas produce una serie sistemática y completa de estimaciones y proyecciones anuales del porcentaje de demanda de planificación familiar que se satisface entre las mujeres casadas o unidas. Se utiliza un modelo jerárquico bayesiano combinado con datos específicos de cada país para generar las estimaciones, proyecciones y evaluaciones de incertidumbre a partir de los datos de las encuestas. El modelo tiene en cuenta las diferencias según la fuente de datos, la población de la muestra y los métodos anticonceptivos.</p> <p>Vea aquí los detalles: http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml.</p>
Notas relacionadas con la CSU.	

Área del trazador.	Atención al embarazo y al parto.
Definición del indicador.	Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años con un nacimiento vivo en un periodo de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.
Numerador.	Número de mujeres de 15–49 años con un nacimiento vivo en un período de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.
Denominador.	Número total de mujeres de 15–49 años con un nacimiento vivo en el mismo período.
Principales fuentes de datos	Encuestas a hogares y sistemas de información rutinarios de los establecimientos.

Método de medición.	Los datos sobre cuatro o más visitas de atención prenatal se basan en preguntas que consultan si se controló la salud de la mujer durante el embarazo y cuántas veces. Las encuestas ahogares que pueden generar este indicador incluyen DHS, MICS, RHS (por sus siglas en inglés) y otras encuestas basadas en metodologías similares. Los sistemas de notificación de servicios/centros pueden utilizarse cuando la cobertura es alta, normalmente en los países de ingresos más altos.
Método de estimación	La OMS mantiene una base de datos sobre la cobertura de la atención prenatal: http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4 .
Notas relacionadas con la CSU.	En principio, este indicador se sustituiría por una medida más exhaustiva de la atención al embarazo y al parto, por ejemplo, la proporción de mujeres que tienen un proveedor cualificado que asiste al parto o un parto institucional. Un reto a la hora de medir la asistencia cualificada al parto es determinar qué proveedores son “calificados”.

Área del trazador.	Inmunización infantil.
Definición del indicador.	Porcentaje de lactantes que reciben tres dosis de la vacuna que contiene difteria-tétanos-tos ferina.
Numerador.	Niños de 1 año de edad que han recibido tres dosis de la vacuna que contiene difteria-tétanos-tos ferina.
Denominador.	Todos los niños de 1 año de edad.
Principales fuentes de datos.	Encuestas a hogares y sistemas de información de instalaciones.
Método de medición.	Para los datos de la encuesta, el estado de vacunación de los niños de 12–23 meses se recopila de las tarjetas de salud infantil o, si no hay tarjeta, del recuerdo del cuidador. Para los datos administrativos, se extrae el número total de dosis administradas a la población objetivo.
Método de estimación	Juntos, la OMS y el UNICEF obtienen estimaciones de la cobertura de la DTP3 basadas en los datos comunicados oficialmente a la OMS y al UNICEF por los Estados Miembros, así como en los datos comunicados en la literatura publicada y gris. También consultan a expertos locales -principalmente a los gestores nacionales del PAI y al personal de las oficinas regionales de la OMS- para obtener información adicional sobre el funcionamiento

	<p>de servicios de inmunización locales específicos. Sobre la base de los datos disponibles, la consideración de posibles sesgos y las contribuciones de los expertos locales, la OMS y el UNICEF determinan el nivel real más probable de cobertura de inmunización</p> <p>Para más detalles, véase aquí:</p> <p>http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053819/en/.</p> <p>http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html.</p>
Notas relacionadas con la CSU.	<p>Existe una variabilidad en los calendarios nacionales de vacunación entre los países. Teniendo en cuenta esto, una opción para supervisar la inmunización completa de los niños es supervisar la fracción de niños que reciben las vacunas incluidas en el calendario nacional de su país. Una segunda opción, que puede ser más comparable entre países y en el tiempo, es vigilar la cobertura de la DTP3 como indicador de la inmunización infantil completa. La vacuna que contiene difteria-tétanos-tos ferina suele incluir otras vacunas, por ejemplo, contra la hepatitis B y el Haemophilus influenza tipo B, y es una medida razonable del grado de solidez de la plataforma de vacunación de un país.</p>
Área del trazador	Tratamiento de niños (búsqueda de atención por síntomas de neumonía).
Definición del indicador.	Porcentaje de niños menores de 5 años con sospecha de neumonía (tos y dificultad para respirar NO debidas a un problema en el pecho y a una nariz tapada) en las dos semanas anteriores a la encuesta llevados a un centro o proveedor de salud adecuado.
Numerador	Número de niños con sospecha de neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta llevados a un proveedor de salud adecuado.
Denominador	Número de niños con sospecha de neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta.
Principales fuentes de datos	Encuestas de hogares.
Método de medición.	<p>Durante la Reunión de UNICEF/OMS sobre indicadores basados en encuestas de supervivencia infantil, celebrada en Nueva York el 17–18 de junio de 2004, se recomendó que las infecciones respiratorias agudas (IRA) se describieran como “presunta neumonía” para reflejar mejor la causa probable y las intervenciones recomendadas. La definición de presunta neumonía utilizada en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y en las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por su sigla en inglés) fue elegida por el grupo y se basa en la percepción de las madres de que un niño tiene tos, respira más rápido de lo habitual con respiraciones cortas y rápidas o tiene dificultades para respirar, excluyendo a los niños que sólo tenían la nariz tapada. La definición de "proveedor de atención adecuada" varía según los países.</p> <p>La OMS mantiene una base de datos de observaciones a nivel de país de las encuestas de hogares a la que se puede acceder aquí: http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en.</p>

Método de estimación.	Actualmente no existen estimaciones comparables a nivel internacional para este indicador.
Notas relacionadas con la CSU.	<p>Este indicador no suele medirse en los países de mayor renta con sistemas sanitarios bien establecidos.</p> <p>Para los países sin datos observados, la cobertura se estimó a partir de una regresión que predice la cobertura de la búsqueda de atención para los síntomas de la neumonía (en la escala logit), obtenida de la base de datos de la OMS descrita anteriormente, en función del logaritmo de la tasa estimada de mortalidad por neumonía en menores de cinco años, que se puede encontrar aquí: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html.</p>

Área del trazado.r	Tratamiento de la tuberculosis.
Definición del indicador.	Porcentaje de casos de incidencia de tuberculosis que se detectan y tratan con éxito en un año determinado.
Numerador.	Número de casos nuevos y de recaída detectados en un año determinado y tratados con éxito.
Denominador.	Número de casos nuevos y de recaídas en el mismo año.
Principales fuentes de datos.	Sistemas de información de los centros, sistemas de vigilancia, encuestas de salud basadas en la población con pruebas de diagnóstico de la tuberculosis, registro de la tuberculosis y sistema de notificación trimestral relacionado (o registros electrónicos de la tuberculosis)
Método de medición	<p>Este indicador requiere tres insumos principales:.</p> <p>(1) El número de casos de tuberculosis nuevos y de recaída diagnosticados y tratados en los programas nacionales de control de la tuberculosis y notificados a la OMS en un año determinado.</p> <p>(2) El número de casos incidentes de TB para el mismo año, normalmente estimado por la OMS.</p> <p>(3) Porcentaje de casos de tuberculosis tratados con éxito (curados más tratamiento completado) entre los casos de tuberculosis notificados a las autoridades sanitarias nacionales.</p> <p>El indicador final = (1)/(2) x (3).</p>

Método de estimación.	<p>Las estimaciones de la incidencia de la tuberculosis se elaboran mediante un proceso consultivo y analítico dirigido por la OMS y se publican anualmente. Estas estimaciones se basan en las notificaciones anuales de casos, las evaluaciones de la calidad y la cobertura de los datos de notificación de la tuberculosis, las encuestas nacionales de prevalencia de la enfermedad de la tuberculosis y la información de los sistemas de registro de defunciones (vitales). Las estimaciones de incidencia para cada país se derivan, utilizando uno o más de los siguientes enfoques, dependiendo de los datos disponibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incidencia = notificaciones de casos/proporción estimada de casos detectados; 2. incidencia = prevalencia/duración de la enfermedad; 3. incidencia = muertes/proporción de casos incidentes que fallecen. <p>Estas estimaciones de la incidencia de la tuberculosis se combinan con los datos notificados por los países sobre el número de casos detectados y tratados, y el porcentaje de casos tratados con éxito, como se ha descrito anteriormente.</p>
Notas relacionadas con la CSU.	<p>Para calcular el indicador utilizando las estimaciones de la OMS, se puede acceder a los archivos necesarios aquí: http://www.who.int/tb/country/data/download/en/, y calcular el indicador como = $c_cdr \times c_new_tsr$.</p>
Área del trazador.	<p>· Tratamiento del VIH.</p>
Definición del indicador.	<p>Porcentaje de personas que viven con el VIH y que actualmente reciben terapia antirretroviral (ART).</p>
Numerador	<p>· Número de adultos y niños que están recibiendo actualmente tratamiento antirretroviral al final del período de notificación.</p>
Denominador.	<p>Número de adultos y niños que viven con el VIH durante el mismo periodo.</p>
Principales fuentes de datos.	<p>Sistemas de notificación de los centros, sitios de vigilancia centinela, encuestas basadas en la población.</p>
Método de medición.	<p>Numerador: El numerador puede generarse contando el número de adultos y niños que recibieron terapia combinada antirretroviral al final del periodo de notificación. Los datos pueden recopilarse a partir de los registros de tratamiento antirretroviral de los centros o de los sistemas de gestión de suministros de medicamentos. A continuación, se contabilizan y se transfieren a informes transversales mensuales o trimestrales que pueden agregarse a los totales nacionales. Los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el sector privado y en el sector público deben incluirse en el numerador.</p> <p>Denominador: Los datos sobre el número de personas infectadas por el VIH pueden proceder de encuestas de población o, como es habitual en el África subsahariana, de</p>

	sistemas de vigilancia basados en las clínicas de atención prenatal.
Método de estimación	<p>Las estimaciones de la cobertura del tratamiento antirretroviral entre las personas que viven con el VIH para el período 2000-2018 se derivan como parte de la ronda de estimación de ONUSIDA de 2019'.</p> <p>Para estimar el número de personas que viven con el VIH a lo largo del tiempo en los países con alta carga, ONU/SIDA, en colaboración con los países, utiliza un modelo epidémico (Spectrum) que combina los datos de vigilancia sobre la prevalencia con el número actual de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y las hipótesis sobre la historia natural de la progresión de la enfermedad del VIH.</p> <p>Dado que la terapia antirretrovírica se recomienda ahora a todas las personas que viven con el VIH, el seguimiento de la cobertura de la terapia antirretrovírica es menos complicado que antes, cuando sólo podían recibirla las personas con un determinado nivel de gravedad de la enfermedad.</p> <p>Las estimaciones de la cobertura del TAR se pueden encontrar aquí: http://aidsinfo.unaids.org/.</p>
Notas relacionadas con la CSU.	No siempre se dispone de estimaciones comparables de la cobertura de la terapia antirretroviral en los países de renta alta, en particular de las tendencias temporales.
Área del trazador.	Prevención de la malaria.
Definición del indicador.	Porcentaje de la población de las zonas donde la malaria es endémica que durmió con un mosquitero impregnado de insecticida la noche anterior.
Numerador.	Número de personas en zonas donde la malaria es endémica que durmieron bajo un MTI.
Denominador.	Número total de personas en zonas donde la malaria es endémica.
Principales fuentes de datos	Los datos sobre el acceso y el uso de los mosquiteros por parte de los hogares provienen de encuestas a hogares representativas a nivel nacional, como las Encuestas Demográficas y de Salud, las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y las Encuestas de Indicadores de Malaria. Los datos sobre el número de MTI entregados por los fabricantes a los países son recopilados por Milliner Global Associates, y los datos sobre el número de MTI distribuidos dentro de los países son comunicados por los Programas Nacionales de Control de la Malaria.
Método de medición	Muchas encuestas nacionales recientes informan del número de MTI observados en cada hogar encuestado. Las tasas de propiedad pueden convertirse en la proporción de personas que duermen bajo un MTI utilizando una relación lineal entre el acceso y el uso que se ha derivado de 62 encuestas que recopilan información sobre ambos indicadores.

Método de estimación.	Se pueden utilizar modelos matemáticos para combinar los datos de las encuestas a hogares sobre el acceso y el uso con la información sobre la entrega de MTI por parte de los fabricantes y la distribución de MTI por parte de los programas nacionales de malaria para producir estimaciones anuales de la cobertura de MTI. La OMS utiliza este enfoque en colaboración con el Proyecto Atlas del Paludismo. Los detalles metodológicos se encuentran en el Anexo del Informe Mundial sobre el Paludismo 2015: http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/report/en/ .
Notas relacionadas con la CSU.	La OMS elabora estimaciones comparables de la cobertura de los MTI para 40 países con alta carga. Para otros países, la cobertura de los mosquiteros no se incluye en el índice de cobertura de servicios de CSU debido a las limitaciones de los datos.
Área del trazador.	Agua y saneamiento.
Definición del indicador.	Porcentaje de hogares que utilizan al menos instalaciones de saneamiento básico.
Numerador.	Población que vive en un hogar con: cisterna o vaciado al sistema de alcantarillado por tuberías, fosa séptica o letrina de pozo; letrina de pozo mejorada y ventilada; letrina de pozo con losa; o inodoro de compostaje.
Denominador	Población total.
Principales fuentes de datos.	Encuestas a hogares y censos basados en la población.
Método de medición.	Las respuestas a nivel de hogar, ponderadas por el tamaño del mismo, se utilizan para calcular la cobertura de la población.
Método de estimación	El Programa Conjunto de Monitoreo de la OMS y el UNICEF ha elaborado estimaciones periódicas de la cobertura de al menos el saneamiento básico para el monitoreo de los ODM. Después de compilar una base de datos de fuentes de datos disponibles, para cada país, se ajustan regresiones lineales simples a las series de datos del país para obtener una estimación dentro de la muestra, así como para producir una extrapolación de 2 años más allá del último punto de datos disponible, después de lo cual la cobertura se mantiene constante durante 4 años y luego se asume que falta. Esto se hace por separado para las regiones urbanas y rurales, y luego se combina para obtener estimaciones de cobertura nacional. Los detalles de la metodología y las estimaciones más recientes pueden encontrarse aquí: http://www.wssinfo.org/ .

Notas relacionadas con la CSU.	El indicador de los ODS para el saneamiento (ODS 6.2.1) es una versión ampliada del indicador de los ODM, que incorpora la calidad de las instalaciones de saneamiento. No se utiliza para el seguimiento de la cobertura sanitaria universal debido a la menor disponibilidad de datos. También podría considerarse un indicador conjunto que identifique la proporción de hogares con acceso tanto a agua potable como a saneamiento.
Área del trazador	Prevención de enfermedades cardiovasculares.
Definición del indicador.	Prevalencia estandarizada por edad de presión arterial normal entre los adultos mayores de 18 años, independientemente del estado de tratamiento.
Numerador.	Número de adultos de 18 años o más con presión arterial sistólica <140 mm Hg y presión arterial diastólica <90 mm Hg (independientemente del estado del tratamiento).
Denominador.	Número de adultos de 18 años o más.
Principales fuentes de datos.	Estudios basados en la población y sistemas de vigilancia.
Método de medición.	Se utilizan las fuentes de datos que registran la presión arterial medida (se excluyen los datos autodeclarados). Si se toman varias lecturas de presión arterial por participante, se descarta la primera lectura y se promedian las restantes.
Método de estimación	<p>Para producir estimaciones nacionales comparables, las observaciones de datos de prevalencia definidas en términos de cortes alternativos de PAS y/o PAD se convierten en prevalencia de presión arterial elevada, definida como presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg utilizando ecuaciones de regresión. A continuación, se ajusta un modelo jerárquico bayesiano a estos datos para calcular las prevalencias específicas por edad, sexo y país, que tiene en cuenta las fuentes de datos nacionales frente a las sub-nacionales, las fuentes de datos urbanas frente a las rurales, y permite la variación de la prevalencia según la edad y el sexo. Las estimaciones estandarizadas por edad se obtienen aplicando las estimaciones brutas a la población estándar de la OMS. Los detalles de los métodos estadísticos se encuentran aquí: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext.</p> <p>La OMS y la NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC, por su sigla en inglés) han elaborado estimaciones comparables para este indicador hasta el año 2015, que están disponibles aquí: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en.</p>
Notas relacionadas con la CSU.	Las estimaciones de prevalencia se convierten en la prevalencia de la presión arterial normal para su incorporación al índice CSU, de modo que un valor del 100% es el objetivo óptimo. Esto se calcula como: prevalencia de presión arterial normal = 1 – prevalencia de

	<p>presión arterial elevada. Las estimaciones anteriores se realizan por separado para hombres y mujeres; para el indicador de seguimiento de la CSU se calcula una media simple de los valores de hombres y mujeres.</p> <p>.</p> <p>La presión arterial normal es la suma del porcentaje de individuos que no tienen hipertensión y el porcentaje de individuos cuya hipertensión está controlada por la medicación. La ausencia de hipertensión es el resultado de los esfuerzos de prevención a través de la promoción de la actividad física y las dietas saludables, así como de otros factores. La hipertensión controlada con medicación es el resultado de un tratamiento eficaz. Este indicador es, por tanto, un indicador indirecto tanto de la promoción de la salud como de los servicios médicos eficaces.</p>
Área del trazador.	Manejo de la diabetes
Definición del indicador	Glucosa plasmática media en ayunas estandarizada por edad para adultos de 18 años o más.
Fuentes de datos principales.	Estudios basados en la población y sistemas de vigilancia.
Método de medición.	Los niveles de glucosa plasmática en ayunas (FPG, según su sigla en inglés) se determinan tomando una muestra de sangre de los participantes que han ayunado durante al menos 8 horas. Se utilizaron otros biomarcadores relacionados, como la hemoglobina A1c (HbA1c), para ayudar a calcular las estimaciones (véase más adelante).
Método de estimación	Para producir estimaciones nacionales comparables, las observaciones de datos basadas en la FPG media, la prueba de tolerancia a la glucosa oral (OGTT, según su sigla en inglés), la HbA1c, o sus combinaciones, se convierten todas en FPG media. A continuación, se ajusta un modelo jerárquico bayesiano a estos datos para calcular las prevalencias específicas por edad, sexo y país, que tiene en cuenta las fuentes de datos nacionales frente a las sub-nacionales, las fuentes de datos urbanas frente a las rurales, y permite la variación de la prevalencia según la edad y el sexo. Las estimaciones estandarizadas por edad se obtienen aplicando las estimaciones brutas a la población estándar de la OMS. Los detalles metodológicos se pueden encontrar aquí: https://www.who.int/diabetes/global-report/en/ .
Notas relacionadas con la CSU.	<p>La FPG de un individuo puede ser baja debido a un tratamiento eficaz con medicación reductora de la glucosa, o porque el individuo no es diabético como resultado de actividades de promoción de la salud u otros factores como la genética. La FPG media es, por tanto, un indicador de la promoción efectiva de dietas y comportamientos saludables y del tratamiento efectivo de la diabetes.</p> <p>Las estimaciones anteriores se realizan por separado para hombres y mujeres; para el indicador de seguimiento de la CSU se calcula una media simple de los valores para hombres y mujeres.</p>

Área del trazador.	Control del tabaco.
Definición del indicador.	Prevalencia estandarizada por edad de adultos ≥ 15 años que no han fumado tabaco en los últimos 30 días
Numerador	Adultos de 15 años o más que no han fumado tabaco en los últimos 30 días.
Denominador.	Adultos de 15 años o más.
Principales fuentes de datos.	Encuestas a hogares.
Método de medición.	"El consumo actual de tabaco" incluye cigarrillos, puros, pipas o cualquier otro producto de tabaco fumado consumido en los últimos 30 días. Los datos se recopilan mediante autoinforme en las encuestas.
Método de estimación.	La OMS estima la prevalencia del tabaquismo actual (no) con un modelo de metarregresión binomial negativa, que genera estimaciones comparables ajustando las diferencias en los grupos de edad y la definición de los indicadores entre las encuestas nacionales incluidas en el análisis. Estas estimaciones se realizan por separado para hombres y mujeres. Los detalles metodológicos se pueden encontrar aquí: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60264-1/supplemental .
Notas relacionadas con la CSU.	La prevalencia de no fumar tabaco se calcula como 1 menos la prevalencia de fumar tabaco.

Área del trazador.	Acceso al hospital.
Definición del indicador.	Camas hospitalarias per cápita, en relación con un umbral máximo de 18 por cada 10.000 habitantes.
Numerador.	Número de camas de hospital (debe excluir las camas de parto).
	.

Denominador	Población total.
Principales fuentes de datos.	Sistemas administrativos / Sistema de notificación de los centros de salud.
Método de medición	<p>Se utilizan los sistemas administrativos de los países para totalizar el número de camas de hospital, que se dividen por la población total estimada, y se multiplican por 10.000.</p> <p>Las oficinas regionales de la OMS y otros grupos recopilan información sobre la densidad nacional de camas hospitalarias, incluyendo los siguientes recursos en línea:</p> <p>https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.A36.</p> <p>Observatorio regional AFRO de la OMS: http://www.aho.afro.who.int/en/data-statistics/hospital-beds-10-000-population</p> <p>Base de datos europea de salud para todos EURO de la OMS: https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/.</p> <p>OCDE: https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm.</p>
Método de estimación.	<p>Utilizando los datos disponibles, el indicador se calcula en relación con un valor umbral de 18 camas de hospital por cada 10.000 habitantes. Este umbral está por debajo del mínimo observado en los países de renta alta de la OCDE (desde el año 2000) de 20 por 10.000 y suele corresponder a una tasa de ingresos hospitalarios de alrededor de 5 por 100 al año. Este indicador está diseñado para captar niveles bajos de capacidad hospitalaria; el umbral máximo se utiliza porque las densidades de camas hospitalarias muy altas no son necesariamente un uso eficiente de los recursos. El indicador se calcula de la siguiente manera, utilizando los datos del país sobre la densidad de camas hospitalarias (x), lo que da como resultado valores que van de 0 a 100:</p> <p>País con una densidad de camas hospitalarias $x < 18$ por 10.000 al año, el indicador = $x / 18 * 100$.</p> <p>País con una densidad de camas hospitalarias $x \geq 18$ por 10.000 al año, el indicador = 100.</p>
Notas relacionadas con la CSU.	Un indicador alternativo podría ser la tasa de ingresos hospitalarios, en relación con un umbral máximo. Sin embargo, ese indicador no se comunica actualmente de forma generalizada en todas las regiones, en particular en la Región de África. En los países en los que se dispone tanto de camas de hospital per cápita como de tasas de admisión de pacientes internos, están muy correlacionados.
Área del trazador.	Personal sanitario.
Definición del indicador.	Profesionales de la salud (médicos, psiquiatras y cirujanos) per cápita, en relación con los umbrales máximos de cada cuadro.

Numerador.	Número de médicos, psiquiatras y cirujanos.
Denominador.	Población total.
Principales fuentes de datos.	Base de datos o registro nacional de personal sanitario, idealmente acoplado a una evaluación periódica de la exhaustividad mediante datos censales, registros de asociaciones profesionales o censos de centros.
Método de medición	<p>La clasificación de los trabajadores sanitarios se basa en criterios de formación profesional, regulación de las profesiones sanitarias y actividades y tareas de los puestos de trabajo, es decir, en un marco de categorización de las variables clave de la fuerza de trabajo según características compartidas. El marco de la OMS se basa en gran medida en las últimas revisiones de los sistemas de clasificación normalizados internacionalmente de la Organización Internacional del Trabajo (Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Clasificación Internacional Uniforme de la Enseñanza) y la División de Estadísticas de las Naciones Unidas (Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas).</p> <p>Los detalles metodológicos y los datos pueden encontrarse aquí: http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/.</p> <p>Los datos proceden de las siguientes fuentes:</p> <p>Médicos: http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en.</p> <p>Psiquiatras: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/.</p> <p>Cirujanos: http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWF9?lang=en.</p> <p>(los datos aquí fueron complementados por ediciones anteriores de la base de datos).</p>
Método de estimación.	<p>Utilizando los datos disponibles, el indicador se calcula reescalando primero, por separado, los ratios de densidad de personal sanitario para cada uno de los tres cuadros (médicos, psiquiatras y cirujanos) en relación con los valores mínimos observados en todos los países de la OCDE desde el año 2000, que son los siguientes: médicos = 0,9 por 1000, psiquiatras = 1 por 100.000 y cirujanos = 14 por 100.000. Este reajuste se realiza de la misma manera que el del indicador de densidad de camas hospitalarias descrito anteriormente, lo que da como resultado valores del indicador que van de 0 a 100 para cada uno de los tres cuadros. Por ejemplo, utilizando los datos del país sobre los médicos por cada 1000 habitantes (x), el indicador específico de los cuadros se calcularía como:</p> <p>País con $x < 0,9$ por 1000 al año, el indicador específico de cuadro = $x / 0,9 * 100$.</p> <p>País con $x \geq 0,9$ por 1000 al año, el indicador específico de cuadro = 100.</p> <p>Como paso final, se calcula la media geométrica de los tres valores del indicador específico de cuadro para obtener el indicador final de densidad de personal sanitario.</p>
Notas relacionadas con la CSU.	La categoría de “médicos” se ampliaría idealmente para incluir a todos los “profesionales sanitarios básicos”, como las enfermeras y las comadronas. Sin embargo, no existe ninguna base de datos comparable a nivel internacional que utilice definiciones coherentes de los

	<p>profesionales sanitarios básicos no médicos para poder realizar comparaciones totalmente precisas entre países.</p> <p>Para los países sin datos observados, la densidad de cirujanos se estimó a partir de una regresión que predice el logaritmo de cirujanos por cada 100.000, obtenida de la base de datos de la OMS descrita anteriormente, en función del logaritmo del PIB per cápita, estimado por el Banco Mundial.</p>
Área del trazador.	Seguridad sanitaria.
Definición del indicador.	<p>Índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que es el porcentaje medio de atributos de 13 capacidades básicas que se han alcanzado en un momento determinado.</p> <p>Las 13 capacidades básicas son: (1) Legislación, política y financiación nacional; (2) Coordinación y comunicaciones del Punto Focal Nacional; (3) Vigilancia; (4) Respuesta; (5) Preparación; (6) Comunicación de riesgos; (7) Recursos humanos; (8) Laboratorio; (9) Puntos de entrada; (10) Eventos zoonóticos; (11) Seguridad alimentaria; (12) Eventos químicos; (13) Emergencias radionucleares.</p>
Numerador.	Número de atributos alcanzados.
Denominador.	Número total de atributos.
Principales fuentes de datos.	Encuesta a informantes clave.
Método de medición.	<p>Los informantes clave informan sobre el logro de un conjunto de atributos para cada una de las 13 capacidades básicas utilizando un instrumento estándar de la OMS, como se describe aquí: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf.</p> <p>Los valores de los indicadores a nivel de capacidad se pueden encontrar aquí: http://apps.who.int/gho/data/node.main.IHRSPARALL?lang=en.</p>
Método de estimación.	El indicador se calcula promediando, entre las 13 capacidades básicas, el porcentaje de atributos de cada capacidad que se han alcanzado.
Notas relacionadas con la CSU.	Los países comenzaron a informar a la OMS sobre el logro de la capacidad básica del RSI para el año 2010. Se utiliza la puntuación del RSI más antigua disponible para cada país para todos los años 2000-2009.